

Práticas de cuidado, redes sociais e itinerários terapêuticos em um bairro popular de Águas Lindas de Goiás

Ludmila Santos Silva¹
Sílvia Guimaraes²

Resumo:

Este artigo pretende compreender os itinerários terapêuticos seguidos por moradores de um bairro popular na cidade de Águas Lindas de Goiás (GO) e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. Foi realizado um estudo etnográfico que permitiu desenhar tais itinerários. Os itinerários terapêuticos dos moradores do bairro em questão configuram uma rede de relações sociais onde são vivenciadas sociabilidades que integram vizinhos, amigos, familiares, terapeutas populares, instituições religiosas, centros de saúde e hospitais.

Palavras-chave: Itinerários Terapêuticos; Diversidade Cultural; Vulnerabilidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

Care practices, social networks and therapeutic itineraries in a popular neighborhood of Águas Lindas de Goiás

Abstract:

This article aims to identify the therapeutic itineraries of residents of a poor neighborhood in the town of Aguas Lindas de Goias (GO) and analyze how these people manage care, which instances trigger and how they handle and understand the health services. The research was ethnographic method. The therapeutic itineraries of neighborhood residents in question constitute a network of social relations which are experienced sociability that make up neighbors, friends, family, popular therapists, religious institutions, health centers and hospitals.

Keywords: Therapeutic Itineraries; Cultural Diversity; Health Vulnerability; Health Services Accessibility.

1 Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde/UnB.

2 Professora DAN/UnB e pesquisadora do INCT Brasil Plural.

Introdução: discutindo sistemas de cuidados de saúde populares

Nas redes que conectam centros urbanos e rurais do Brasil, há diversos regimes de saberes e modos de viver localizados, constituindo o que Ibáñez-Novión (2012) denominou de “sistemas de cuidados de saúde”. Esses são sistemas de significados simbólicos articulados por instituições sociais e modelos de interação pessoal específicos. Pode-se afirmar que esses sistemas se dinamizam por meio de redes sociais acionadas em contextos populares reunindo familiares, vizinhos, colegas de trabalho e conformam a base de itinerários terapêuticos.

Segundo Langdon e Wiik (2010) “os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consoantes com os grupos e as realidades sociais que os produzem”. Relacionando essa idéia de “sistemas médicos culturais” com o conceito “sistema de cuidados” de Ibáñez-Novión citado acima, definimos contextos populares como aqueles que conformam sistemas que articulam vários elementos, os quais não dizem respeito a um todo autocontido, mas que se expandem e se espraiam concatenando várias relações e conformando uma rede ampla que dinamiza e relaciona trocas entre espaços e temporalidades diversas. Nesse sentido, são produzidos localmente, lidam com dimensões subjetivas e dinamizam socialidades que criam pessoas e sentimentos de identidade e pertencimento. Aqui, definem-se contextos populares de cuidado no plural, os quais são criados a partir de uma intrincada articulação entre subjetividades e socialidades articuladas por grupos sociais.

McCallum (1995), discutindo o universo ameríndio, chama atenção tanto para o aspecto moral quanto o social da socialidade, o qual articula o interior e exterior do *socius*, sendo construída no curso da vida diária e observando a alteridade. Assim, é a agência humana na interação com a alteridade que produz a socialidade, sentimento de bem-estar e autoreconhecimento. Para Carneiro da Cunha (2009), em contextos populares ou tradicionais, algo semelhante se

observa ao que foi discutido por MacCallum (1995), especialmente, quando o saber científico que se apresenta como hegemônico, estabelece, segundo Loyola (1983), uma relação de poder que tenta silenciar os saberes e práticas populares de cuidado. No entanto, a agência humana produzindo a socialidade é *locus* de resistência, escapa à homogeneização biomédica ou estatal. A articulação entre interior e exterior quebra fronteiras impostas e acaba por ser um mecanismo de efetivação da agência e configuração do manejo da vida, onde se articulam na produção da vida cotidiana e efetivando os sistemas de cuidado de saúde.

Conforme De Certeau (1996), nessa relação de poder entre o interior e o exterior dos *socius*, nos contextos populares, são ativadas microrresistências, socialidades e sentimentos de pertencimento. Desse modo, aquilo que é imposto passa a ser lido num outro registro, no quadro de suas próprias tradições. Assim, nas instituições populares se efetivam um estilo de trocas sociais, de invenções técnicas e de resistência moral (op. cit).

De acordo com Alves e Souza (1999), os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, suas ações são baseadas em diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão construindo de acordo com os processos históricos, políticos e sociais de cada coletivo. Desse modo, são resultados de uma série de acontecimentos que formam uma rede nos cenários populares. Essa rede surge quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição.

Gerhardt (2006) afirma que o estudo dos itinerários terapêuticos relacionado à pobreza possibilita a visualização do percurso e das alternativas utilizadas pela população de baixa renda na resolução de seus problemas de saúde. Neste sentido, esta pesquisa pretende identificar os itinerários terapêuticos vivenciados por

moradores da Vila Estrela, bairro popular da cidade de Águas Lindas de Goiás (GO), e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. E, ao focar nos processos terapêuticos ou busca pelo cuidado, também pretende descrever e apreciar como os moradores dessa localidade lidam e entendem os serviços oficiais de saúde.

Metodologicamente, é possível mapear itinerários terapêuticos ou os caminhos percorridos e as possibilidades acionadas pelos indivíduos, quando estes entendem que necessitam de cuidados em saúde e constroem narrativas que permitem organizar e ordenar para eles seus entendimentos sobre a experiência do adoecimento. Este artigo é uma tentativa de compreender os itinerários terapêuticos em contextos populares.

Caminhos metodológicos percorridos

O estudo possui abordagem etnográfica. A partir das considerações de Neves (1996), entende-se que a pesquisa nesse formato não busca medir determinado evento, pois os fenômenos encontrados são interpretados a partir das percepções dos sujeitos envolvidos na situação estudada e os dados produzidos são resultados da interação direta entre as investigadoras e o tema.

Assim, ao estar em campo observando os itinerários terapêuticos das famílias da Vila Estrela foi necessário identificar e compreender as características, as representações e os significados próprios dos moradores dessa localidade. Seguindo o argumento de Nakamura (2011), este trabalho buscou compreender os sujeitos por meio de suas experiências e observando as cenas onde se constituem as redes sociais de cuidado.

Para realizar essa pesquisa, foi necessário morar na Vila Estrela, no segundo semestre de 2016, quando foram realizadas entrevistas com membros da comunidade e pessoas que já viveram nesse local. Os entrevistados tinham idade superior a 18 anos, não serão apresentados os nomes, mas somente as indicações de

moradores e moradoras. De acordo com Minayo et. al (2012), a entrevista é uma técnica que permite ao pesquisador coletar dados relevantes para a compreensão do objeto de pesquisa, pois possibilita um espaço para conversa e reflexão a respeito da realidade do sujeito. A observação participante também foi realizada e mantida por um diário de campo, buscando descrever o cenário das práticas e dos saberes.

O encontro com os moradores que aceitaram contribuir com o estudo aconteceu principalmente por meio da indicação de outro morador, configurando a estratégia de “bola de neve”. Conforme Deslandes (2012), para esta pesquisa, os parceiros foram convidados a participar e selecionados a partir da inclusão progressiva que foi interrompida pelo critério de saturação, que ocorre quando “as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos, começam a ter uma regularidade de apresentação”.

Foram entrevistadas seis mulheres que residem atualmente com suas famílias na Vila Estrela. Essas mulheres abriram as portas de seus lares e relataram suas experiências descrevendo como é a vida na comunidade. Com base nessas entrevistas, surgiram os nomes de outras pessoas que poderiam fornecer explicações importantes sobre a história da Vila Estrela que não constam nos dados oficiais ou publicações. Então, foram entrevistados posteriormente três moradores pioneiros que não residem mais na região. Por último, foi entrevistado o dono de uma farmácia por ter sido citado diversas vezes nos depoimentos dos outros entrevistados.

A Vila Estrela, local do trabalho de campo

Águas Lindas é um município próximo ao Distrito Federal (DF) – fica a, aproximadamente, 45 km de Brasília - e em parte representa uma “periferia”, ou melhor, o “entorno” do DF. Desse modo, trata-se de uma região onde vivem pessoas de segmentos populares que são estigmatizadas por sua situação de vida e pela região onde moram. A partir dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o índice de desenvolvimento humano (IDH) de

Águas Lindas é de 0,6.

De acordo com os dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui área de 188, 385 Km² e população estimada de 159.505 habitantes. Antes de ser regularizada, a região era conhecida como Parque da Barragem e pertencia ao município de Santo Antônio do Descoberto, sendo que sua emancipação ocorreu em 1995, por meio de reivindicações de lideranças locais. Conforme a Prefeitura Municipal de Águas Lindas de Goiás (Goiás, 2009), no início da consolidação do município, o setor imobiliário cresceu de maneira desordenada e parte da população de menor renda do DF foi atraída pelos lotes que eram vendidos por valores baixos e não eram fiscalizados.

Os dados oficiais evidenciam a história do município somente a partir de sua emancipação, porém, relatos de uma pioneira da cidade apontaram que a ocupação da Vila Estrela, local do trabalho de campo, começou de fato em 1992. Como a região possuía um vasto território, alguns moradores que haviam ocupado as terras resolveram construir barracos próximos uns aos outros, assim esses primeiros loteamentos deram origem a Vila Estrela. Para este trabalho, são utilizados nomes fictícios para Vila Estrela e os moradores da cidade com o intuito de preservá-los.

A partir da análise de documentações do Cartório de Registro de Imóveis de Águas Lindas de Goiás, Nóbrega (2009) explica que há diversos loteamentos no município considerados irregulares por não estarem registrados oficialmente e não possuírem projeto aprovado para a construção de habitações. A Vila Estrela encontra-se nesta situação. Apesar da situação de irregularidade, muitos moradores, inclusive os pioneiros, permaneceram na região que constitui a Vila e constituíram suas famílias ampliando a ocupação do espaço.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o município de Águas Lindas de Goiás dispõe de apenas 12 equipes de Saúde da Família e 20 Unidades Básicas de Saúde que fazem a cobertura de 26,60% da região. A cidade possui um único

hospital, que não têm capacidade para atender as necessidades de toda a população. Desse modo, muitos moradores se deslocam para o DF com o intuito de obterem a prestação de serviços de saúde, tendo em vista que é a região de referência mais próxima ao município.

A Vila Estrela abriga cerca de 80 famílias e ao visitá-la é possível perceber que a maioria das casas possui infraestrutura comprometida e são pequenas quando se leva em consideração a quantidade de integrantes de cada família. De maneira geral, a comunidade não tem muitos recursos, possui pouca iluminação pública e o serviço de saneamento básico é recente. Em conversa com os moradores foi possível identificar que o Centro de Saúde mais próximo fica a três quilômetros das residências e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) não fazem cobertura no local.

O bairro é composto por cinco ruas com cerca de vinte casas cada, as moradias são simples em sua maioria, algumas não possuem muros e portões e ficam com as portas e janelas expostas. Existem casas que prestam algum tipo de serviço, como serralheria, manicure e venda de doces. A comunidade dispõe de um pequeno comércio local composto por farmácias, uma padaria, dois salões de beleza, uma quitanda de frutas e verduras e algumas igrejas, sendo uma católica e três evangélicas.

Com relação à infraestrutura do local, recentemente, a prefeitura pavimentou as ruas e operacionalizou o serviço de água e esgoto. Existem casas que ainda são barracos de alvenaria e abrigam muitos moradores. Não existem praças, quadras de esporte ou locais fixos que sirvam para a prática de atividades de lazer.

A partir da observação feita durante os dias de convivência com aquelas pessoas percebeu-se que a comunidade ainda enfrenta sérios problemas como evasão escolar, dificuldades no transporte, ausência de espaços para lazer, falta de oportunidades de capacitação e emprego. Os serviços de saúde possuem limitações, desse modo, a maior parte dos moradores prefere ser atendida nas unidades do DF. Mesmo com essas limitações, as pessoas gostam de morar na Vila e

do fato de conhecerem todos os vizinhos.

Com relação à violência identificou-se a presença de usuários e traficantes de drogas, mas os moradores afirmam que não são assaltados e suas casas não são roubadas por eles. A violência do local, de acordo com os moradores, “é de lá para fora”. Em suma, apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da consolidação da comunidade, os moradores da Vila possuem uma rede de relações sociais amparada pelos anos de convivência da maior parte dos moradores, pela solidariedade que há entre eles e que, de certa forma, se reflete em suas práticas de saúde. Essas pessoas só querem um lugar para morar e não pretendem sair da Vila, mas, ao contrário, querem mais qualidade de vida para o “canto delas”.

Itinerários terapêuticos e a construção de sistemas de cuidados de saúde populares

Em Vila Estrela é possível observar a dinamização de um sistema de cuidados de saúde popular que, Ibáñez-Nóvion, definiu como componentes de saúde de um grupo social que não dependem exclusivamente de um especialista oficial, onde se processam as primeiras ações de saúde, onde se tomam as primeiras decisões inerentes à crise, onde se desencadeiam a negociação individual, familiar e comunitária. A organização desse sistema envolve as percepções e representações dos indivíduos e se constrói a partir das experiências dos moradores da Vila. Por conseguinte, refere-se a saberes e práticas populares no sentido de surgir a partir de uma produção de conhecimento e práticas construídas em bases epistemológicas específicas e em uma rede de socialidades localizada. Essa produção popular não se refere a saberes produzidos a partir de parâmetros científicos, pois, mesmo se apropriando desses, faz uma releitura a partir de bases epistemológicas distintas, ou melhor, de bases que configuram outros processos científicos.

Em Vila Estrela, foi possível observar por meio das conversas o percurso seguido, ou melhor, o itinerário terapêutico desencadeado pelos moradores, que acabava por configurar o

sistema de cuidado popular tanto nos primeiros anos de construção do local quanto na atualidade. Essa perspectiva histórica surgiu de conversas, especialmente quando tentávamos compreender o processo de construção da vila, sua história.

Nos primeiros anos de Vila Estrela, final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, os cuidados iniciais na saúde eram realizados em casa, por meio da orientação de amigos e familiares. Fazia-se uso de chás e remédios caseiros. Também, acionavam terapeutas populares, isto é, indivíduos que realizavam serviços como o de parteiras, benzedeadas e raizeiras que não eram profissionais de saúde oficiais ou formados em universidades. E, após esse processo de idas e vindas nessas instâncias de cuidado, as pessoas acionavam os hospitais do DF.

Os itinerários terapêuticos são resultados de uma série de acontecimentos que formam um contexto ou uma rede. Esta rede se torna articulada quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição. Os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, ou um percurso linear. Suas ações são baseadas nos diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão adquirindo de acordo com os processos históricos de cada contexto social.

Ferreira e Santo (2012) afirmam que os caminhos percorridos quando se busca o tratamento e a cura são influenciados por fatores simbólicos e também por aqueles de ordem socioeconômica. Portanto, é preciso dar importância às condições de acesso aos serviços de saúde e as condições de vida em comunidades de baixa renda. Os diferentes recursos podem ser escolhidos e utilizados de maneira complementar e essas escolhas são feitas de acordo com as situações e com as explicações socialmente aceitas pelo grupo. Para compreender essas decisões é preciso direcionar o olhar para o indivíduo na

sua rede de contatos e de interação construída no seu cotidiano.

Nos processos de escolha e decisão terapêutica, deve-se observar a rede de relações sociais que pode ser mediada pela família “ampliada” de determinado grupo e também pelos indivíduos que a compõe. Quando a doença é interpretada e a sua dimensão social é reconhecida, é preciso identificar que as ações são construídas socialmente e não de maneira individual e que as interações sociais são de extrema relevância para se estudar os cuidados em saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2006). Dessa forma, as redes de relações sociais também se constituíram como foco central para compreender os itinerários terapêuticos dos moradores da Vila Estrela, uma vez que representa o vínculo existente entre os moradores da comunidade e também a forma como lidam com seus problemas e cuidam da saúde, principalmente no compartilhamento de saberes e de práticas. Conforme alguns moradores:

“(...) essas receitas vêm dos antigos, eu aprendi com meus pais e avós... Hoje a gente aprende outras receitas com os vizinhos e os amigos que sabem de alguma também”.

“(...) se for uma gripe assim uma coisa mais fácil a gente tenta fazer um chazinho que já tem em casa, um mel, que agente aprendeu com os avós de antigamente”.

“Meu pai e minha mãe sempre ensinavam um chá de gengibre para tomar com mel e limão que é bom para a gripe”.

Os moradores da Vila compartilham com familiares e com vizinhos vários momentos de suas vidas e estabelecem uma relação de confiança. Geralmente, os pais e avós, com referência as gerações anteriores, aparecem como figuras que nortearam diversas práticas de cuidado em saúde. Sendo que nos casos em que alguém adoece, eles reproduzem o conhecimento adquirido pelos entes familiares e aprendem novas receitas com os vizinhos. Outro ponto a se

considerar é o fato de que essas pessoas fazem o uso de chás e de medicamento caseiros. Portanto,

“Para diabetes é bom o leite de alpiste... O melado de abacaxi é bom para quem tem bronquite e que está com o peito cheio... Tem também os chás doidos da família né? Chá de limão com alho, limão e cebola com gengibre para a gripe... Para depois do parto é bom folha de algodão, ela batida no liquidificador com mastruz... E o barbatimão para lavar os pontos é muito bom.”

“(...) eu trato com um remedinho em casa, um chá dessas coisas. Eu faço chá de hortelã, de alho com limão.”

A terapia popular, nesses casos, é entendida como processos e práticas de cura não oficiais realizadas por benzedeiras, raizeiras e parteiras, mas, também, realizadas pelos próprios moradores da Vila Esperança sem se definirem como praticantes de determinado ofício. Atualmente, na região, apenas uma benzedeira é atuante, sendo que ela trata de crianças. Já o trabalho realizado por parteiras foi utilizado antes da consolidação dos serviços de saúde prestados por hospitais e centros de saúde. Havia uma raizeira na comunidade que foi uma das moradoras pioneiras, e, mesmo após o falecimento dessa terapeuta, as pessoas continuam fazendo uso de garrafadas e melados produzidos por elas próprias.

“(...) Eu mesma já fui benzida e já tomei muita garrafada para limpar o útero eu acho que foi devido as garrafadas que eu tive uma gravidez tranquila antes do parto não dei anemia e nem infecção de urina... Tem alguns males que só eles curam, por exemplo, quando uma criança tem quebranto só benzendo para resolver, quando benze parece que a criança desperta e tira aquele mal olhado todo.”

“(...) Já tomei raizada e já fui liberta, e sobre benzer quando eu tinha uns 15 anos apareciam umas bolhas na minha boca e nenhum remédio curava e minha própria avó me benzia e as bolhas sumiam... As minhas filhas já foram benzidas e já tomaram

melado e garrafada também.”

“Eu já fui benzida várias vezes... Às vezes o menino está com mal olhado, está ruim e com as fezes verde então quando leva para benzer a criança sara.”

O contexto em que está inserido o indivíduo é importante para compreender os processos de escolha, aderência e avaliação dos diferentes tratamentos, para isso é preciso considerar os recursos disponíveis quando se trata do cuidado em saúde das comunidades de baixa renda. Os itinerários refletem a prática de escolher alternativas para o enfrentamento da doença que são diversas e não se excluem. Essas alternativas construídas pelos indivíduos vão de acordo com suas experiências, suas capacidades e suas histórias de vida, assim quando se estuda itinerários terapêuticos e pobreza é possível trabalhar essas relações tanto no âmbito coletivo como no individual. Existem muitas possibilidades, desde a automedicação, intervenção feita por terapeutas até o atendimento biomédico. Os conhecimentos informal, popular e profissional são utilizados a partir das explicações construídas culturalmente pelo indivíduo e seu grupo social.

Atualmente, esse sistema consiste nos seguintes componentes, sem desenhar uma linearidade: realizam cuidados em casa, seguem a orientação de amigos e familiares e preparam e utilizam chás e remédios caseiros. Conforme explicação de uma moradora:

“(...) se for uma gripe assim uma coisa mais fácil a gente tenta fazer um chazinho que já tem em casa, um mel, que a gente aprendeu com os avós de antigamente.”

Em alguns poucos casos, atualmente, buscam o auxílio de terapeutas populares, como benzedeiras e raizeiras. A presença de igrejas evangélicas configura-se em um processo crescente acusatório e demonizador de benzedeiras, conforme será discutido mais adiante. Uma moradora esclarece:

“Eu já fui benzida várias vezes... Às vezes o menino está com mal olhado, está ruim e com as fezes verde então quando leva para benzer a criança sara.”

Nesse itinerário, Seu José, como um farmacêutico popular, é muito acionado, para em seguida, fazerem consultas nos Centros de Saúde em Águas Lindas de Goiás e no DF e, por último, para os hospitais de Ceilândia e Brazlândia. Uma moradora explica:

“A primeira coisa é tratar em casa, eu dou um remédio caseiro um melado, um chá de limão, fazer uma massagem com gel de arnica, chá de gengibre. Agora quando não resolve eu dou um xarope ou um remédio que o Seu José passa.”

Outra moradora afirma:

“Quando eu vejo que não tem mais jeito eu procuro o hospital. Porque hospital é a coisa mais difícil que existe, você chega lá e se é uma gripe eles mandam para casa falando que é para tratar em casa. Então eu prefiro tratar em casa.”

É necessário enfatizar que muitos moradores da Vila que eram católicos se converteram, recentemente, ao protestantismo, o que parece ter inibido a ação de benzedeiras, por exemplo. Máximo (2012) afirma que as igrejas evangélicas não legitimam a prática de benzedeiras, o que pode ter levado a uma diminuição na procura dessas terapeutas. Essa mudança repercute nas formas de cuidado que deixam de ser realizadas por pessoas que são lideranças comunitárias e religiosas inseridas nesses contextos populares de cuidado e passam para o interior das igrejas evangélicas em momentos específicos do culto. Na fala de uma moradora aparece essa mudança nas práticas de cuidado:

“Agora tem só a mulher do Seu Sebastião (que é benzedeira). Antes tinha muito, mas depois que as pessoas passaram a ser crente não tem mais. As pessoas se converteram e se escondem, não aceitam mais essas coisas e nem falam que um dia

já fizeram. Aqui na Vila cresceu muito o número de evangélicos e muito desses evangélicos benziam, rezavam, faziam raízes, mas eles não aceitam nem falar sobre isso, eles são muito rígidos.”

Sobre o uso de plantas medicinais, essas são muito utilizadas pela comunidade. No entanto, não há a figura de um indivíduo que concentre esse saber/fazer, pois o mesmo se encontra diluído entre os moradores.

Foi possível identificar que os moradores da Vila Estrela procuram orientações na farmácia do Seu José, que vende remédios alopáticos, quando não conseguem solucionar ou encontrar significado para a doença nos cuidados realizados em casa. Essa farmácia aparece com destaque nas falas das entrevistadas, o que revela que as pessoas iam à Farmácia não apenas em busca de medicamentos, mas do atendimento de Seu José.

A maneira de atuar desse farmacêutico pode caracterizá-lo como a de um farmacêutico popular, nos termos de Ibáñez-Nóvion (2010), pois Seu José torna os remédios da farmácia, isto é, medicamentos sintéticos, em populares quando aciona seu sistema de explicação sobre corpo-saúde-adoecimento-terapêutica para indicar e explicar o uso de determinado medicamento. Isso acontece porque ele submete os medicamentos a esquemas classificatórios e interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento tradicional ou popular no qual está inserido. Vale enfatizar que seu Seu José estudou até o primeiro fundamental e tem na memória a presença de um caixeiro viajante que levava remédios na pequena cidade onde vivia no interior do Ceará. Trabalhou em farmácias onde começou a ler manuais que traziam os medicamentos, suas fórmulas e seus efeitos. Em Vila Estrela abriu uma farmácia e atua a partir desse sistema popular que relaciona anatomia, adoecimentos, sintomas e efeitos dos remédios. Sobre a atuação de Seu José, duas moradoras explicam:

“E tem o Seu José, todo mundo só gosta dele... Quando eu não resolvo aqui em casa eu procuro ele e se não resolver eu vou para o hospital.”

“Tem o Seu Zé que é um ótimo farmacêutico é uma pessoa muito boa. (...) Na verdade quando acontece algum problema, eu procuro é o Seu José. E quando não resolve que eu vou para o hospital.”

Assim, semelhante a outras realidades de bairros mais vulneráveis, na Vila, é possível ver um farmacêutico representar papel importante no cuidado em saúde. De acordo com Loyola (1983), existem aqueles denominados “terapeutas”, que possuem certo vínculo com a comunidade, e desempenham a função de intermediar a clientela e o sistema de cuidados médicos e entre o sistema oficial e o popular, como também complementam a orientação dada pelos médicos e adaptam receitas de acordo com o poder aquisitivo de cada doente.

Por conseguinte, ao traçar os itinerários terapêuticos da Vila Estrela, a farmácia do Seu José, aproxima-se da figura de uma “farmacologia de superposição”, definida por Ibáñez-Nóvion (2012) como quando “os remédios da farmácia acabam por se tornarem tradicionais”, quando são submetidos a interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento popular. De acordo com Seu José:

“(...) Eu sempre tive o sonho de ter uma farmácia por aqui, porque sempre foi muito difícil das pessoas cuidarem da saúde... Aqui já não tinha hospital e tudo era no DF então eu queria poder ajudar as pessoas nos casos em que não precisasse de imediato do conhecimento médico... Até 2005 eu sempre trabalhei em outras farmácias e em 2006 eu fiz uma sociedade com a minha irmã e eu tomava de conta de uma farmácia nossa, essa farmácia era na Vila mesmo e eu fiz muita amizade e uma clientela boa.”

“Quando foi em 2009 eu desfiz a sociedade com minha irmã e abri essa farmácia aqui na rua de cima só minha... Eu não sou farmacêutico, mas eu aprendi lendo as bulas e na experiência do dia-a-dia mesmo.”

Atualmente, Seu José identifica, por meio

da narrativa dos clientes sobre os processos de saúde-adoecimento que estão vivenciando, os seus problemas de saúde. Em sua prática, reconhece que em algumas situações não é necessária intervenção médica. Acredita que, na maioria dos casos, os médicos não praticam a escuta com relação ao que o usuário tem para contar. Muitas vezes, esses profissionais inibem a fala dos usuários e receitam medicações sem esclarecer possíveis dúvidas. Seu José reconhece a importância da atuação dos médicos e outros profissionais da saúde, principalmente nos casos graves que exigem intervenções mais complexas. De acordo com ele:

“(…). Tem gente que não aguenta mais ir no médico e não ser escutado, os médicos também não explicam direito o que o remédio vai fazer no corpo e se pode ter alguma reação, eu faço isso aqui. (...) Eu penso que tem coisas que você não precisa da receita, por exemplo, uma diarreia ainda no início, se está em um quadro inicial sem outros sintomas tem remédio que pode resolver e não precisa a pessoa ir no médico... Agora já tem outros casos que tem outros sintomas e a gente percebe que o conhecimento médico e o tratamento do hospital é essencial.”

Concepções populares de saúde-adoecimento e práticas populares de cuidado

Os recursos e as diferentes práticas de saúde são acionados de acordo com cada situação. Identificar o que as pessoas entendem por saúde e doença e como é a experiência de sentir-se saudável ou doente envolve diferentes percepções e significados a cada experiência. A partir dos depoimentos, foi possível observar que para os moradores ter saúde é se sentir saudável, o que envolve diversas emoções sobre o corpo, mente e espírito. Especialmente, se refere ao trabalho, em estar disposto para o trabalho, o que reflete a configuração dessa classe trabalhadora que vive em Vila Estrela. Na explicação de uma moradora:

“Saúde é você estar bem de espírito, bem na

alimentação, é você viver bem no seu dia-a-dia... Então ter saúde é ter disposição, é sair, é andar é ajudar o seu próximo.”

Com relação às emoções que permitem ou levam ao estado de saúde, pode-se considerar que estão associadas de alguma forma à harmonia que marca o universo social de cada um. Por exemplo, quando essas mulheres afirmam que ter saúde é quando se tem um trabalho, quando se tem um bom relacionamento com amigos e familiares e melhores condições de vida, determinados sentimentos ou emoções dominam a pessoa.

Outra consideração a se fazer é que as entrevistadas acreditam que para ter e manter a saúde é preciso cuidar do seu corpo nas suas relações sociais, como também de maneira individual. Cabe ressaltar que, nas narrativas, o discurso biomédico pode influenciar de certa forma o que elas entendem por saúde quando reproduzem que saúde é a ausência de doenças e pelas orientações que devem ser seguidas para o cuidado com o corpo.

Assim, todas explicaram a importância de se fazer uma alimentação mais equilibrada e saudável e de praticar atividades físicas. Caso contrário, alguma doença pode acometer as pessoas quando elas não possuem ou praticam esses hábitos. Desse modo, as narrativas traziam, também, os termos saúde e doença como estados que são explicativos e fazem parte dos discursos dos médicos. De acordo com uma moradora:

“Ter saúde é não ter nenhum sintoma de doença... É uma pessoa que faz atividade física, se alimenta bem.”

Em contrapartida, quando a discussão é aprofundada a doença passa a ser associada às alterações que ocorrem no corpo e, também, nas emoções e na mente, atingindo uma dimensão física e espiritual. E assim, os processos de saúde-adoecimento ampliam-se para além do corpo biológico. Surge uma classificação dos adoecimentos, há “as doenças da carne”, compreendidas como doenças materiais que alteram o equilíbrio biológico e social da vida da

pessoa e que por sua vez causam dor e sofrimento. E há “as doenças espirituais”, que estão mais relacionadas às emoções, alterações da mente e ao comprometimento das relações entre as pessoas, suas crenças e práticas religiosas. Quando se tem uma doença “espiritual”, as doenças “da carne” podem ser desenvolvidas a partir da fragilidade em que se encontra a pessoa acometida por esse adoecimento. Uma moradora explica:

“Tem as doenças da carne, que a pior é o câncer... Doença da carne é essas que a gente sente dor no corpo e tem que tratar no hospital (...) Eu acho que a doença pior que tem é a espiritual... Doença espiritual é doença da alma é a tristeza a falta de força para enfrentar os problemas da vida.”

Nessa dicotomia entre “carne” e “espiritual”, as intervenções religiosas surgem com grande peso nas terapêuticas desde a oração até a cura feita por pastores em processos denominados de “libertação”. As explicações religiosas perpassam todo o processo de saúde-adoecimento e terapêutica dos moradores da Vila Estrela. A fé aparece como elemento central na experiência do adoecimento e nos processos de cura. O ambiente da igreja marca as intervenções religiosas. Assim, para Valla (2002), a religião possibilita a criação de uma identidade, de práticas para o enfrentamento dos problemas e de soluções para a luta por sobrevivência.

Considerações finais: o contraponto com o sistema oficial de saúde e a prática biomédica

As práticas oficiais de saúde são ofertadas à população por meio de políticas, programas e são executadas principalmente dentro de instituições, como hospitais e centros de saúde, que interagem diretamente com os usuários. A lógica biomédica, muitas vezes, é fundamentada na concepção de que as pessoas quando apresentam algum sintoma de doença e estão com a saúde comprometida devem procurar os serviços desempenhados por profissionais da saúde. É importante destacar que esse sistema oficial desempenha um papel fundamental,

principalmente, em grupos sociais hegemônicos. Existe um discurso e configuração política que sustentam essa conformação e a própria sociedade se molda e adere a essas práticas. No entanto, o contexto de desigualdade no qual se encontram vários grupos sociais no Brasil, por mais que esses estejam inseridos neste sistema oficial, faz com que tecnologias de cuidado oficiais não alcancem todos da mesma maneira.

Para o caso da Vila Estrela, cabe enfatizar que a maioria dos moradores é constituída de pessoas com poucos recursos econômicos, usam transporte público e trabalham no DF em ocupações que são desvalorizadas, como serventes de obra, diaristas, auxiliares de serviços gerais, entre outras. Dessa forma, esses indivíduos estão inseridos em contextos de desigualdade social que se transfigura em desigualdade em saúde. Assim, o pertencimento social dessas famílias inscrito na cor da pele das pessoas, na ocupação que elas têm, no local onde vivem, os insere em contextos de desigualdade e processos de marginalização. Eles acabam por não acessar melhores condições de existência e de saúde devido a esses contextos e processos.

Os profissionais de saúde ou gestores de políticas públicas estão pouco interessados em saber ou conhecer os caminhos percorridos por esses moradores antes de buscar os serviços oficiais de saúde, em fazer chegar terapêuticas e em reconhecer o discurso dessas pessoas. Quando essas pessoas acessam algum serviço público, a preocupação é apenas considerar e repassar o discurso biomédico ou oficial.

Assim, apesar da importância e da contribuição desse sistema é preciso questionar sua supremacia com relação a outras práticas de cuidados principalmente dessas comunidades. A possibilidade de quebra dessa supremacia, segundo Sarti (2010), ocorreria com a troca e não com a transformação de uma área por influência de outra, mas pelo reconhecimento da alteridade.

Nas narrativas apresentadas, as participantes se queixaram desses serviços e afirmaram não gostar de utilizá-los, sendo que os acionam apenas quando se esgotam todas as alternativas de solucionar seus problemas

com outras terapêuticas. Assim, classificam as doenças como graves aquelas que, justamente, por não terem conseguido êxito ou solução com outras práticas, necessitam da intervenção e dos cuidados produzidos nas instituições oficiais de saúde. De acordo com uma morada:

“Os problemas simples são esses que a gente consegue cuidar em casa mesmo sabe. Quando é uma coisa mais grave assim a gente procura a farmácia e em último caso o hospital porque aqui não tem médico. Se depender de esperar aqui você morre.”

No caso de Vila Estrela, as pessoas acionam suportes sociais no cuidado com a saúde, isto é, as redes de relações sociais, os terapeutas localizados e as igrejas. Assim, nos termos de De Certeau (1996), no movimento de criarem esses suportes sociais, acabam por criar micro resistências, onde fundam micro liberdades, mobilizam recursos sociais e assim deslocam as fronteiras da dominação que é o processo de desigualdade e marginalização que sofrem por não terem acesso a políticas, programas e serviços de saúde, dentre outros. que sofrem por não terem acesso a políticas, programas e serviços de saúde, dentre outros.

Nesse sentido, para Dunges et. al. (2011) tratar dos conhecimentos e práticas populares de cuidado, necessariamente deve-se discutir a biomedicina, que mantém uma relação de força com essas práticas localizadas. Tendo em vista que a produção da saúde é composta por um conjunto de práticas, diferentes saberes e um leque de experiências, torna-se preciso considerar as formas alternativas de cura, em seus contextos, como complementares e também como a base simbólica das terapias convencionais da ciência modernas.

Os moradores da Vila Estrela reconhecem que para melhorar a saúde da comunidade e do município é preciso que se tenham mais hospitais, centros de saúde e profissionais da saúde, principalmente, médicos. Distantes de qualquer ação pública e do acesso a tecnologias de cuidado oferecidas pelos serviços públicos de

saúde, inseridos em contextos de desigualdade em saúde, os moradores de Vila Estrela criam suas práticas de cuidado, apresentam autonomia em desenhar seus itinerários terapêuticos, definem a partir de seus sistemas classificatórios ou de sua base epistemológica suas concepções de saúde e adoecimento e decidem quando procurar um médico ou resolver o problema em casa.

Esse suporte social e socialidades, que dinamizam o cuidado com a saúde, deveriam ser fomentados conjuntamente com o acesso a tecnologias e melhores condições de existência que segmentos privilegiados vivenciam, mas não é o que o Estado em suas diversas dimensões pretende para com essas pessoas.

Referências bibliográficas

ALVES, PCB; SOUZA, IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Fundação João Pinheiro – FJP. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013.

CARNEIRO DA CUNHA, M. organizadora. *Culturas com aspas*. São Paulo: Cosac & Naify; 2009. p. 301-310.

DE CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes do fazer*. Petrópolis: Vozes; 1996.

DESLANDES, SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 31-60.

DUNGES, JR; BARBIANI, R; SOARES, NA; FERNANDES, RBP; LIMA, MS. *Saberes populares*

e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2011 Nov [acesso 24 Mar 2015]; 16(11): 4327-4335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200005>.

GERHARDT, TE. *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade*. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Nov [acesso 24 Out 2013]; 22(11): p. 2449-2463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>.

Goiás. Prefeitura Municipal de. *Águas Lindas. História da cidade* [Internet], 2009 [acesso 08 Abr 2013]; Disponível em: <http://aguaslindasdegoias.go.gov.br/OLD/page1.html>.

IBÁÑEZ-NOVIÓN, MA. organizador. *Anatomias Populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Nóvion*. 1ª ed. Brasília: EDU-UNB; 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2010*. Brasil: IBGE; 2013.

LANGDON, J; WIIK, F. *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*. Rev. Latinoam. Enfermagem [Internet]. 2010 Jun [acesso 22 Jul 2013]; 18(03): 459-466. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.

LOYOLA, MA. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: Difel; 1983. (De Corpo e Alma do Brasil, v. 63).

MACCALLUM, C. Alteridade e sociabilidade Kaxinauá: perspectiva de uma antropologia da vida diária [Internet]. In: *Seminário Temático Horizontes da Etnologia Indígena: Cosmologias e Formas de Sociabilidade na América do Sul*; 1998; Caxambu, Brasil. Minas Gerais: XXI Encontro Anual da Anpocs; 1995. [acesso 15 Out 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n38/38cecilia.pdf>

MAXIMO, MT. *Por entre espaços e temporalidades: corpo, memória e história de vida de uma benzedeira* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012 [acesso 15 Out 2013]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/6183>.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; GOMES, R. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 61-77.

MOREIRA, WW; SIMÕES, R; PORTO, E. *Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado*. R. bras. Ci e Mov. 2005; (13)4: 107-114.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE)*. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2013.

NAKAMURA, E. *O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica*. Saúde soc. [Internet]. 2011 Mar [acesso 14 Jan 2013]; 20(1): 95-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>.

NEVES, JL. *Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades*. Cadernos de pesquisas em administração. 1996; 1(3): [5 páginas].

NÓBREGA, MDS. *Representações sociais da moradia e da natureza dos moradores de loteamento de baixa renda em Águas Lindas de Goiás-GO* [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.

SARTI, C. *Corpo e doença no trânsito de saberes*. Rev. bras. Ci. Soc. [Internet]. 2010 [acesso 30 Abr 2015]; 25(74): 77-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>.

VALLA, VV. *Pobreza, emoção e saúde: uma*

discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil.

Rev. Bras. Educ. 2002; (19): 63-75.